



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

CAROLINA ROCHA RAMOS

**EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL
(1988 – 2004)**

SALVADOR

2006

CAROLINA ROCHA RAMOS

**EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL
(1988 – 2004)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado no curso de graduação de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida

**SALVADOR
2006**

Carolina Rocha Ramos

Evolução do Financiamento da Saúde Pública no Brasil (1988 – 2004)

Aprovada em 14 de dezembro de 2006

Orientador: _____

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida
Faculdade de Ciências Econômicas da UFBA

Hamilton de Moura Ferreira Júnior
Prof. Dr. da Faculdade de Ciências Econômicas
da UFBA

Kenys Menezes Machado
Mestre em Administração pela Escola de Administração
da UFBA

AGRADECIMENTOS

São inúmeras as pessoas que merecem o meu agradecimento, não só ao apoio que me deram para a conclusão desse trabalho, mas também por toda minha passagem na graduação.

Aos meus pais, Barachisio e Izabel, pelo exemplo de caráter e carinho que sempre norteou a minha vida. Muitas vezes deixaram de lado seus sonhos para me proporcionar a melhor educação possível. Nunca questionaram minhas escolhas, mas estavam ao meu lado nas minhas derrotas e vibraram junto comigo os meus acertos. Por isso, dedico a eles essa vitória!

As minhas irmãs Bárbara e Miucha, agradeço as palavras de incentivo e por acreditarem em mim, em alguns momentos, mais do que eu própria. Ao meu sobrinho João Vitor que tornou minha vida mais feliz ao ter nascido.

Esse trabalho monográfico não estaria pronto sem a ajuda de Francisco Ribeiro, companheiro de todas as horas, foi também o meu maior incentivador. Sempre paciente e compreensivo, por toda minha vida irei agradecê-lo.

Aos amigos sinceros que fiz na graduação, obrigada pelos momentos de alegria, mas gostaria de agradecer em especial aqueles que acompanharam mais de perto minha luta para concluir o curso; Ana Cleusa, Daniela, Mara Thais e Zé dos Anjos.

Ao meu Orientador, o professor Paulo Henrique de Almeida, pelo modo criterioso que avaliou o meu trabalho monográfico e suas contribuições que enriqueceram o mesmo.

Enfim, agradeço a Deus, pois foi nele que me agarrei nos momentos mais difíceis durante essa etapa da minha vida.

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1 - Brasil, 1989-1998. Gastos com saúde da União, dos estados e municípios (em US\$ bilhões de dezembro de 1996).....	27
Tabela 2 - Recursos federais do SUS por tipo de despesa – 1997-2001* (em % e R\$ milhões, dezembro de 2003).....	41
Quadro 1 - As Normas Operacionais do SUS: Aspectos Formais e características do Financiamento, no Período de 1991 a 2001.....	43
Tabela 3 - Evolução dos recursos aplicados pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento, 1974-1977. Posição em 31 de agosto de 1977 (Em US\$ milhões de 1983).....	49
Tabela 4 - Evolução dos gastos federais com saúde por fonte de financiamento: 1980-1993 (em US\$ bilhões de 1992).....	50
Tabela 5 - Distribuição percentual das contribuições sociais no financiamento da saúde, 1993-2001.....	52
Tabela 6 - Recursos Federais do SUS – valor despendido por grupo de despesa e ano de competência (R\$ Milhões de 2002).....	55
Tabela 7: Ministério da Saúde Gasto Total e Per Capita, 1993/2001.....	56
Tabela 8 - Ministério da Saúde – Disponibilidade Líquida para as Ações e Serviços de Saúde, 1993/2001(Em R\$ milhões de 1999).....	57
Tabela 9 - 1989-2001, Percentagem dos Gastos com saúde da União, dos estados e municípios.....	58

Tabela 10 - Tabela 10: Participação da Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde na receita Corrente da União e da Receita Vinculada de Estados e Municípios, 2000-2003.....	65
---	----

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas da Saúde
APAC - Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade
ATRICON - Associação dos Tribunais de Contas
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CEF - Caixa Econômica Federal
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF - Constituição Federal
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIT- Comissão Intergestora Tripartite
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFINS - Contribuição do Financiamento Social
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSC - Conta Social Consolidada
CSLL - Contribuição Social Sobre Lucro Líquido
DRU - Desvinculação de recursos da União
EC – Emenda Constitucional
FAE - Fração Assistencial Especializada
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FCP - Fundo de Combate a Pobreza
FEF - Fundo de Estabilização Fiscal
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FINSOCIAL - Fundo de Investimento Social
FPAS - Fundo da Previdência e Assistência Social

FSE - Fundo Social de Emergência
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
GASE - Gestão Avançada do Sistema Estadual
GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
GPSE - Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
GTS - Gasto total em saúde
IAPAS - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Serviço Social
IPMF - Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância sanitária
IVR - Índice de valorização de Resultados
LDO - Lei de diretrizes Orçamentárias
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica de Saúde
MF - Ministério da Fazenda
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PAB - Piso Assistencial Básico
PACS - Programa de Agentes Comunitários
PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PCCN - Programa de Combate às Carências Nutricionais
PDR - Plano de Regionalização da Assistência à Saúde
PEC - Proposta de Emenda Constitucional
PIS - Programa de Integração Social
POI - Programação e Orçamento Integradas
PPA – Plano de Pronta Ação
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
SAMDU – Serviço de assistência médica domiciliar

SES – Secretária Estadual de Saúde

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

O objetivo desse trabalho é mostrar a evolução da Saúde pública no Brasil do período da promulgação da Constituição Federal de 1988 até o ano de 2004. Para tanto, fez-se necessário uma análise do Modelo da Assistência a Saúde, antes e depois da promulgação da Nova Constituição e um retrospecto histórico do SUS, abordando principalmente a forma de financiamento dos gastos e suas principais fontes. Abordou-se também a institucionalização do SUS e o seu processo de descentralização ativado por suas Normas Operacionais e pela Norma de assistência á saúde. Por fim, apresenta uma análise do setor da saúde pública no governo de Fernando Henrique Cardoso (1998-2002) e se estende até o ano de 2004 para avaliar os cinco primeiros anos de vigência da Emenda Constitucional 29/2000.

Palavras-chave: Saúde pública – Brasil. Saúde pública – financiamento – Brasil. Sistema Único de Saúde. Economia da saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	O PANORAMA GERAL DO SETOR DA SAÚDE PÚBLICA ATÉ A CONSTITUIÇÃO DO SUS.....	14
2.1	SETOR SAÚDE NO BRASIL ATÉ 1988.....	14
2.2	A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E SEUS EFEITOS SOBRE O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA.....	20
2.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	24
3	INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO.....	30
3.1	LEI ORGANICA DA SAÚDE (Nº 8.080/90 E 8.142/90).....	30
3.2	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS E NORMA DE ASSISTÊNCIA Á SAÚDE DO SUS.....	32
3.2.1	NOB 01/91 E NOB 01/92.....	33
3.2.2	NOB 01/93.....	34
3.2.3	NOB 01/ 96.....	37
3.2.4	NOAS 01/01.....	40
3.3	FONTES DE FINANCIAMENTO.....	44
3.3.1	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).....	48
3.3.2	Fundo da Previdência e Assistência Social (FPAS).....	49
3.3.3	Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL).....	51
3.3.4	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade (COFINS).....	51
3.3.5	Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL).....	52
3.3.6	Contribuição Compulsória Sobre Movimentação Financeira (CPMF).....	52
4	O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO PERÍODO DE 1994 A 2004.....	54

4.1	O SETOR DE SAÚDE PÚBLICA NO GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (FHC).....	54
4.2	A EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000.....	58
5	CONCLUSÃO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	70

1 INTRODUÇÃO

Cada vez mais as nações se preocupam com o nível de saúde das suas populações. Isso é percebido quando se verificam os gastos mundiais no setor. De acordo com dados do Banco Mundial, em 1993, cerca de 8% (oito por cento) da renda mundial foi destinada à saúde. Estes dados também refletem a importância macroeconômica do setor na economia mundial. Hoje, a saúde é vista como parte do processo de desenvolvimento dos países.

Estas mesmas preocupações afetam o Brasil. O país apresenta muitas deficiências no que diz respeito à alocação, gestão e distribuição dos serviços de saúde. Como na maioria dos países em desenvolvimento, a rede destes serviços disponível para a população é prejudicada por uma série de razões, entre as quais: os serviços não correspondem às necessidades reais; a distribuição geográfica dos recursos é extremamente desigual e a má competição do setor privado com o setor público por exames auxiliares lucrativos e cirurgias eletivas.

Ainda para o Banco Mundial, apenas o Ministério da Saúde gastou cerca de 30 bilhões de reais em saúde no Brasil em 2002. A questão é se este montante realmente foi bem investido. Por estas e outras razões é que o estudo da Economia da Saúde é de vital importância. É necessário transformar os investimentos em melhores condições de vida, estabelecendo uma base para o futuro desenvolvimento econômico.

No período anterior ao advento da Nova Constituição, o modelo de financiamento da Atenção à Saúde no Brasil era o modelo providencialista, ou seja, um modelo de atenção médica não universal que abrangia trabalhadores formais, visto que sua fonte de financiamento provinha das contribuições sobre a folha de salário. Após a implementação da nova Constituição, o modelo adotado pelo Brasil passou a ser um modelo universalista unificado, ou seja, que cobre toda a população.

A Constituição de 1988 tinha um caráter mais humanista, devido às circunstâncias políticas da época pós-ditadura, com reflexo intenso na atenção à saúde no sentido de garantir à população brasileira esse direito universal. Foi com esse espírito de equidade, integralidade e universalidade que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido.

O presente trabalho busca apresentar a evolução no financiamento da saúde pública no Brasil

no período de 1988 a 2004, de maneira a mostrar o panorama político antes da concepção do SUS, assim como o seu processo de implantação e financiamento.

Este estudo é composto de três capítulos, além desta introdução.

O capítulo 2 discute o panorama geral da saúde pública até o advento do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta um breve histórico do sistema de saúde no Brasil antes da Constituição e depois da mesma. O principal aspecto abordado é a construção do SUS, no que tange sua forma de financiamento e seus desafios para torna-se um sistema democrático.

O capítulo 3 trata dos arcabouços jurídicos que propiciaram a implementação do SUS, como a Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8.080/90 e 8.142/90, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS) 91, 92, 93, 96 e a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 2001. Esse capítulo também dispõe sobre as fontes e instrumentos de financiamento do SUS que são o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), o Fundo da Previdência e Assistência Social (FPAS), o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), a Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade (COFINS), a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição Compulsória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

O capítulo 4 discute o financiamento da saúde pública no período de 1994 a 2004. Nesse capítulo pretende-se descrever o comportamento do sistema público de saúde no período do Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Foi durante esse governo que a Emenda Constitucional 29/2000 (EC/29) foi aprovada, um marco no financiamento da saúde. Por esse motivo, a análise da emenda se estende até 2004.

2 PANORAMA GERAL DO SETOR DA SAÚDE PÚBLICA ATÉ A CONSTITUIÇÃO DO SUS

2.1 O SETOR SAÚDE NO BRASIL ATÉ 1988

A organização dos serviços da saúde pública no Brasil data da vinda de D. João VI em 1808. Como descreve Piola (1989, p. 2), “na época, a atuação do estado resumia-se ao controle dos portos, de alimentos, das ‘farmácias’ e do exercício profissional”. O principal interesse estava direcionado a um mínimo controle sanitário apenas na capital do império, na época a cidade do Rio de Janeiro.

A assistência médica a população ficava por conta de instituições de caráter religioso e sem fins lucrativos. Nesse período apenas assistência aos alienados foi garantida, com a construção de vários hospitais para essa finalidade (PIOLA, 1989).

Já no início do período republicano, o Governo Federal dedicava-se aos controles sanitários, voltados para a medicina preventiva e o controle de endemias, sendo que a assistência médica das pessoas sem posse ficava a cargo dos Estados, Municípios e Instituições Beneficentes. Todavia, a assistência individual já se organizava no âmbito das empresas. Por conta disso, em 1923, foi criada a Previdência Social através da primeira Caixa Previdencialista, que foi a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários.

Com o surgimento de muitas Caixas Previdenciais, houve a necessidade de uniformizar não só a prestação do serviço, mas também sua forma de financiamento, para que o sistema tivesse uma maior racionalidade. Assim, verificou-se da década de 1930 até a década de 1940, a fusão das Caixas em Institutos. Na área de assistência médica, conforme Piola (1989), esses Institutos mantinham o Serviço de Assistência Médica Domiciliar - SAMDU, criado em 1949.

É com a constituição da Previdência Social que a assistência à saúde se divide em dois blocos; de um lado, a Previdência responsável pela prestação de assistência médica e hospitalar à população urbana inserida no mercado formal de trabalho (ações curativas); de outro, o complexo

institucional representado pelo Ministério da Saúde (MS), Secretarias estaduais (SES) e municipais de saúde (SMS), responsáveis pela provisão de serviço de saúde pública e médico-assistenciais para a população que não era coberta pela previdência (ações preventivas).

Mais do que isso, não havia interligação entre Ministério da Saúde (e afins) com a Previdência Social: “apresentavam uma estrutura organizacional diferenciada, ambos os sistemas tinham em comum o modo extremamente centralizado com que são tomadas as decisões políticas” (FINANCIAMENTO... 1984, p. 1).

Isso se refletia inclusive no financiamento da saúde. O sub-sistema MS/SES/SMS tinha como fonte de recursos os impostos gerais pagos por toda população, impostos de caráter regressivo e que por isso oneravam mais a população de baixa renda. Já a Previdência representada pelo sub-sistema do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) - a partir de 1977 com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) - era financiada através das contribuições compulsória sobre a folha de salário. Essas fontes eram bastante vulneráveis às crises na economia. Outro ponto negativo é que o sistema onerava duas vezes a população porque, havia o desconto na folha e o custo dessas contribuições era repassado para os preços.

A fórmula de proteção à saúde inaugurada por Vargas era a de um modelo de seguro no interior do sistema previdenciário. Esse legado é repassado durante várias décadas e só vai sofrer ruptura com a Constituição de 1988. Mas até lá o que aconteceu foi o fortalecimento desse sistema.

O passo para a consolidação da assistência baseado na previdência foi a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) de 1960, que unificou o regime de todos os trabalhadores sujeitos a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com exceção “dos trabalhadores rurais, dos empregados domésticos e dos servidores civis e militares da União, Estados e Municípios” (PIOLA, 1989, p.3).

A primeira crise na Previdência Social ocorreu na segunda metade dos anos de 1950, devido ao aumento da quantidade de benefícios, que por sua vez, alavancou os gastos com assistência médica. Um segundo fator responsável, segundo Piola (1989, p. 6), foi que “até 1964 os

débitos dos empregadores não estavam sujeitos a correção monetária, o que estimulava a evasão de receitas através da protelação do pagamento que beneficiava o devedor”.

É por conta destes fatores e pela dificuldade de se utilizar de forma otimizada os recursos disponíveis que, em 1966, altera-se o sistema previdenciário e cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). De acordo com Souza (2002), o INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões de várias categorias profissionais organizadas.

A assistência à saúde ao restante da população, que não era coberta pela previdência, ficava a cargo dos estados, municípios e de instituições filantrópicas.

Durante a década de 1970, um movimento que, segundo Cajueiro (2004), era composto por médicos, autoridades locais e especialistas do setor de saúde de esquerda, já começava a lutar pela universalização da saúde. Foi chamado de Movimento Sanitarista. A universalização da assistência à saúde foi um anseio da sociedade que se traduzia como uma forma de luta contra o regime autoritário da época.

Esse fato é verificado quando se observam as mudanças ocorridas no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao longo do tempo. O instituto foi criado em 1977 e fazia parte do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que abrangia também o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e, como lembra Cordeiro (1991), os órgãos reorganizados de assistência social (LBA e FUNABEM) e uma empresa de processamento de dados (DATAPREV).

Inicialmente, o INAMPS atenderia somente a pessoas que tivessem carteira de trabalho. O atendimento a desempregados e residentes no interior ficaria a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais. Mas, apesar do seu caráter previdencialista, o instituto já deslocava recursos das contribuições sociais para atender a população que não contribuía para a Previdência (populações abertas). De acordo com Médici (1995, p. 38),

[...] como é alto o grau de monopólio das empresas no Brasil, o custo das contribuições sociais sobre folha de salários é repassado para os preços dos produtos, fazendo com que a sociedade inteira financie os sistemas de saúde por estes institutos.

Essas populações abertas seriam os trabalhadores rurais, trabalhadores domésticos e autônomos que durante a década de 1970 foram incorporados à previdência, “dentro de um projeto que tendia a extensão da previdência social como um direito à cidadania” complementa Cordeiro (1991, p. 28).

Outro exemplo de que havia uma união de forças para ampliar a assistência à saúde e cobertura assistencial à saúde foi o Plano de Pronta Ação (PPA). De acordo com Piola (1989, p.8),

[...] um pacote de atos normativos com a finalidade de proporcionar condições para que seja progressivamente atingida a universalização da previdência social; utilizar toda capacidade instalada da área de assistência médica, tanto pública como privada; descongestionar o sistema previdenciário, aliviando a carga e serviço direto; especializar o sistema hospitalar próprio; simplificar as formas e os processos de atendimento; individualizar casa vez mais o atendimento.

O PPA norteou toda uma estrutura de atenção à saúde que, de certa forma, vigora até os dias de hoje e trouxe algumas implicações que Piola (1989, p.8) destaca como a privatização médica, no sentido de que:

[...] estimulou o convênio-empresa; promoveu o credenciamento de médicos e odontólogos de forma intensa; permitiu contratação de, praticamente, todos os leitos privados disponíveis, bem como de laboratórios e de outros serviços de diagnose e terapia; facilitou o crédito aos empreendimentos privados do setor; incentivou a modernização e a especialização da assistência médica.

O direcionamento dos recursos públicos para o financiamento do setor privado via Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) provocou, segundo Barros, Piola e Vianna (1996), a fragilização da rede pública de saúde, na medida em que garantiu um mercado institucional (por meio de credenciamento previdenciário) e viabilizou a constituição de uma pujante rede privada na área da assistência médico-hospitalar, o chamado complexo médico-industrial, que

juntamente com os enclaves burocráticos do INAMPS deu vazão a ações de caráter assistencialista e ao clientelismo no setor saúde¹.

Outro fato importante foi o emprego do PPA num período em que havia uma grande liquidez financeira, no chamado milagre econômico. Por falta de planejamento e até mesmo de visão estratégica, a ampliação da cobertura proposta pelo plano não foi contemplada com “mecanismos de financiamento que viabilizassem o real acesso aos benefícios sociais” (CORDEIRO, 1991, p.29). Sendo o financiamento de todo sistema custeado pelos assalariados urbanos.

Passado o período do milagre econômico, a década de 1980 ficou conhecida como a “década perdida”, pois uma grave crise econômica assolou o país e se refletiu nas políticas sociais como um todo. Porém, o período ficou também conhecido como de “crise da previdência social”. Essa crise foi consequência da política econômica de cunho recessivo vigente na época.

[...] pois em 1977 já se evidenciava uma redução da receita devido a diminuição do ritmo de crescimento da oferta de empregos, à queda da massa de salários e ao esgotamento das fontes de financiamento baseadas na incorporação de novos contingentes de contribuintes (CORDEIRO, 1991, p. 28).

Algumas medidas foram tomadas para evitar a crise, como o aumento das alíquotas sobre a remuneração dos empregados (de 8,5% a 10%, até o teto de 20 salários mínimos) e as contribuições do empregador sobre a folha de salários (que passaram a ser em média de 20%).

Essas medidas não alteraram de forma estrutural as bases do financiamento da previdência social, onerando ainda mais a sociedade. Como não surtiram o resultado esperado, foi apresentado um conjunto de medidas com o objetivo de racionalizar e conter as despesas com assistência médica previdenciária (CAJUEIRO, 2004), proposta pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1982.

¹ De acordo com Cordeiro (1989, p.33) o complexo médico-industrial era composto pelas “entidades de representação dos hospitais privados, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e a Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde (FENAESS), os sindicatos estaduais de hospitais, a representação das Medicinas de Grupo (Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE) e os interesses da corporação médica representados pela Associação Médica Brasileira (AMB). De forma menos evidente estavam também representadas a indústria farmacêutica, as firmas de setores de equipamentos médico-hospitalares e odontológicos, de materiais de insumos”.

De acordo com Barros, Piola e Vianna (1996, p. 28/29), o Plano CONASP, como ficou conhecido o Plano de Reorientação da Assistência a Saúde no Âmbito da Previdência Social, propôs “a reversão do modelo centrado na assistência hospitalar; a eliminação da capacidade ociosa do setor público; a melhoria da operação da rede, por meio do aumento da produtividade, da racionalização e da qualidade dos serviços”.

O Plano CONASP representava, de certa forma, “o resultado do embate democrático entre os componentes do conselho e deste com os segmentos da burocracia previdenciária” (CORDEIRO, 1991, p. 32). Vale ressaltar que o conselho era formado por representantes da sociedade que, diante da conjuntura de abertura democrática, representavam as propostas do movimento sanitário.

Apesar de não ter sido implementado integralmente, “devido às articulações entre segmentos da burocracia previdenciária e representantes dos interesses do complexo médico-industrial” (CORDEIRO, 1991, p. 33), o plano abriu caminho para uma transformação na assistência à saúde quando, em 1983, implantaram-se as Ações Integradas da Saúde (AIS), o primeiro desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde.

As AIS foram um conjunto de procedimentos que tinha por objetivo a racionalização e descentralização (municipalização) dos serviços públicos de saúde. Segundo Cordeiro (1991, p.36), as AIS foram o início de:

[...] um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada, através da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), envolvendo o Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação e Cultura, e das Comissões Interinstitucionais Estaduais, regionais, municipais e locais.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, no ano seguinte, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tentou acelerar a descentralização da saúde através da desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (por exemplo, com a transferência de unidades assistenciais para os municípios). Por isso, o INAMPS estaria responsável pela gestão do sistema, não cabendo mais oferecer os serviços de saúde.

As transferências dos recursos seriam baseadas na análise da Programação e Orçamento Integradas (POI). Os recursos para custeio dependiam, de acordo com Cordeiro (1991, p.95), “das metas de prestação de serviços, incluindo-se, pela primeira vez, as ações de promoção e prevenção integradas com as ações curativas”. Os recursos para investimentos dependiam, por sua vez, de projetos apresentados pelos estados e aprovados pelas comissões institucionais de saúde e Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN).

De acordo com Piola (1989, p. 13) “tanto a AIS, quanto o SUDS, avançam no sentido da universalização do atendimento, da integração da atuação das agências públicas e da desconcentração executiva de algumas ações para estados e municípios”. Eles formaram o arcabouço básico para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E SEUS EFEITOS SOBRE O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

A Constituição Federal de 1988 é a sétima a reger o país desde a sua independência. Ela surge como reação ao regime militar e apresenta um caráter de maior preocupação com os direitos humanos. No que tange a saúde, dispõe no artigo 196 que “a saúde é direito de todos”, ou seja, não resta mais dúvida do papel universalista da saúde na sociedade brasileira.

Após a implementação da nova Constituição, o modelo de assistência à saúde passa a ser um modelo universalista unificado que cobre toda a população. De acordo com Médici (1995, p. 40) é chamado de unificado “por que se baseia numa estratégia única de financiamento, calcada num modelo definido centralmente, mesmo que a sua execução seja descentralizada ou regionalizada”.

Outro artigo importante é o art. 198, em que está disposto que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Esse artigo mostra também que as diretrizes do SUS serão baseadas na descentralização, no atendimento integral à população e na participação da comunidade. O parágrafo primeiro define a forma de financiamento desse sistema através dos recursos da seguridade social, “da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, contidos na nova Constituição, foram o reflexo dos anseios da sociedade, reivindicados pelo Movimento Sanitarista, que apresentava como diretrizes a melhoria das condições de saúde da população, universalização, o financiamento do acesso à saúde por parte do Estado, “reorientação do modelo de atenção sob a égide da integralidade da atenção e da equidade e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços” (BARROS; PIOLA ; VIANNA, 1996, p. 29).

A Constituição trouxe profundas mudanças no sistema de saúde nacional, a começar pela desvinculação da assistência à saúde da Previdência Social. Foi criado o conceito de Seguridade Social, que estava dividido em três vertentes: saúde, previdência social e assistência social (e mais tarde agregou a proteção ao trabalhador desempregado). Na verdade, a Seguridade Social não foi um conceito hegemônico, foi defendido principalmente pelos parlamentares que achavam que com as três áreas unidas, elas teriam mais flexibilidade para barganhar recursos federais.

Todavia, para os adeptos do movimento sanitário era necessário separar ou especializar as fontes de custeio dessas três esferas: a previdência social, assistência e saúde. O consenso girava em torno da diversificação das fontes de financiamento, visto que era preciso ter fontes mais estáveis do que aquelas oriundas da folha de salário. Uma nova fonte que incidia sobre o lucro líquido das empresas foi criada, a Contribuição sobre Lucro Líquido (CSLL).

Médici (1988) afirma que a proposta era de que o Orçamento da Seguridade Social seria dividido pelos órgãos responsáveis das três áreas (saúde, assistência social e previdência social). Isso leva a crer que, pelo menos inicialmente, a intenção era integrar as três áreas para que os recursos fossem divididos de forma mais equânime entre elas. Infelizmente isso não ocorreu, ao contrário, muitas vezes a saúde perdeu recursos para que as obrigações previdenciárias fossem quitadas.

Isso posto, o orçamento da Seguridade Social ficou composto da seguinte forma:

- a) Recursos do orçamento fiscal da União, na proporção das atividades desempenhadas pelos órgãos da administração direta e das entidades supervisionadas;
- b) Contribuição Social sobre Folha de salários dos empregados (alíquota de 8,5 % a 10%

- dos salários), empregadores (10% da folha de salário) e autônomos;
- c) Contribuição sobre o faturamento das empresas vale dizer recursos do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), 5/6 da arrecadação;
 - d) Contribuição sobre o lucro líquido das empresas (8% sobre o lucro líquido das empresas e 12% sobre o lucro líquido das instituições financeiras);
 - e) Contribuição sobre o PIS (Programa de Integração Social) e sobre PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) que, incidindo sobre o faturamento, eram vinculados somente aos programas do Ministério do Trabalho.

A estrutura de custeio montada para a seguridade manteve sob a responsabilidade da União a arrecadação das contribuições sociais a ela destinadas.

Com o Orçamento da Seguridade Social definido, a expectativa era de que o sistema de saúde tivesse seu financiamento garantido e sem percalços, mas nem tudo o que se desejou foi alcançado. Ao se vincular a mesma base de financiamento para todas as áreas da seguridade social, aquela que tivesse mais “peso” provavelmente angariaria mais recursos, ainda que para saúde houvesse um mecanismo de proteção que dizia que garantia até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), “trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, serão destinados ao setor saúde” (Art.35). Vale observar que esse mecanismo foi respeitado apenas nos dois primeiros anos de vigência.

Assim, o financiamento da saúde, estabelecido na Constituição de 1988, era feito com a destinação obrigatória de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) – que não estava sendo cumprida rigorosamente – pela Contribuição Social Sobre Lucro Líquido (CSLL) e pela Contribuição do Financiamento Social (Cofins).

Entretanto, no início da década de 90, uma crise abateu-se sobre o financiamento de saúde no Brasil. Diante do grande aumento dos benefícios previdenciários, o governo decidiu vincular os recursos arrecadados do Instituto Nacional de Serviço Social (INSS), que são integrantes do OSS, para a cobertura dos gastos com a Previdência. Com isso, a saúde perdeu os 30% dos recursos da OSS. Além do mais, os recursos que eram recebidos pelas contribuições sociais (CSLL e Confins) estavam sendo disputados por outras áreas do governo.

De acordo com Faveret et al. (2001), foi nessa conjuntura que começaram a aparecer soluções

que visavam ampliar os recursos para o financiamento da saúde. Surgiu o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) que depois foi alterado para Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Foram medidas que não resolveram o problema do financiamento.

A partir desse momento, esforços foram feitos para garantir, de forma mais duradoura, o financiamento da saúde. Na década de 1990, foi apresentado um conjunto de propostas de emendas constitucionais, que propunham a vinculação de recursos ao setor saúde. A primeira foi a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169-A, de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires. A PEC dizia que a União aplicaria 30% das receitas de contribuições sociais que compunham o Orçamento da Seguridade Social e 10% das receitas de impostos. Os estados, Distrito Federal e os municípios aplicariam anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de 10% das receitas resultantes de impostos.

A segunda PEC (82-A) determinava a vinculação dos recursos financeiros da COFINS e da CSLL para a saúde. Enfim, várias foram as propostas apresentadas até que se chegasse a um consenso, nascendo assim a Emenda Constitucional nº 29/2000.

A principal importância da emenda é garantir um percentual mínimo de recursos a serem aplicados na saúde. Para isso estabelece a vinculação de recursos do orçamento dos três níveis de governo. Segundo Faveret et al. (2001), a União arcava no primeiro ano de vigor com o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde do exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo 5%. Para os quatro anos seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação nominal do PIB.

Para os estados e municípios as vinculações estabelecidas passaram a ser de 12% e 15% respectivamente, das receitas de impostos e de transferências recebidas no final de cinco anos. Ou seja, no primeiro ano da entrada em vigor da emenda, estados, Distrito Federal e municípios, deveriam aplicar 7% de recursos da base de receitas vinculadas ao financiamento de saúde, aumentando essa razão em 1/5 (um quinto) por ano até se chegar aos percentuais indicados pela Emenda.

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

A Constituição Federal de 1988, incorporando parcialmente as propostas estabelecidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, criou o Sistema Único de Saúde (SUS),

regulamentado dois anos depois pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei nº 8.080/90, art 4º, *caput*). Ele trouxe uma revolução para assistência à saúde, não só em relação à universalização do sistema, mas também no que diz respeito à descentralização (delegar mais autonomia e obrigações a estados e municípios) e a participação das comunidades nas suas decisões.

De acordo com o art. 200 da Constituição (BRASIL, 2006b) são atribuições do SUS:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como a saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI –fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho.

A atuação do SUS não se restringe apenas à assistência à saúde, mas como o próprio nome já diz, é um sistema que atua em todos os setores que afetam ou são afetados pela saúde. Os contornos do novo modelo de atenção à saúde estão calcados nos princípios constitucionais (universalidade, equidade e integralidade). Esses princípios apontam para a construção de um sistema, que segundo Barros, Piola e Vianna (1996, p.31):

[...] articule ações de promoção, prevenção e recuperação, utilizando a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; assegure a todos o acesso gratuito aos diferentes níveis de complexidades do sistema, mediante

a operação de mecanismos de referência e contra referência municipal, regional, estadual e nacional.

Mas a direção mais significativa para construção do SUS veio com a incorporação do INAMPS. Conforme Souza (2002, p.14),

Um passo significativo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

Na incorporação, o INAMPS perdeu sua autonomia institucional, mas levou para o SUS sua lógica de alocação e financiamento de recursos, que era baseada na capacidade instalada e que por isso beneficiava regiões mais ricas (estados localizados no Sul e no Sudeste do país). Isso porque a assistência à saúde cobria apenas trabalhadores formais e o INAMPS aplicava recursos de acordo com o volume de recursos arrecadados.

Esse fato trouxe implicações negativas, pois “mantinha a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com as necessidades da população” (SOUZA, 2002, p. 28). Mesmo após a extinção do INAMPS, através da Lei nº 8.689, esse modelo de alocação de recursos continuou, sendo parcialmente substituído com a instituição da NOB SUS 01/96 que introduziu na Atenção Básica o financiamento *per capita*.

A lógica do SUS é simples: descentralizar para oferecer um atendimento universal e integral para a população, delegando mais autonomia a estados e municípios nas decisões de como alocar os recursos. Todavia, a operacionalização dessa lógica é complexa e até os dias de hoje não se atingiu o ideal, apesar das grandes vitórias conquistadas.

A descentralização gradativa do SUS vem sendo direcionada pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. De acordo com Santos (2002, p.23) “elas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS”.

Foram publicadas quatro Normas Operacionais, desde a implementação do SUS: em 1991,

1992, 1993 e 1996. No ano de 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS).

A função do Governo Federal no SUS determinada pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde é de regular as decisões dos governos locais; A União está encarregado das funções de “financiamento, formulação de política nacional de saúde e coordenação das ações intergovenamentais. Assim como os governos estaduais desempenham o mesmo papel nos estados” (ARRETCHE, 2003, p. 336).

O artigo 30, parágrafo VII da Constituição, dispõe que compete aos municípios “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”. Para Arretche (2003) como governo Federal, representado pelo Ministério da Saúde, está encarregado de tomar as decisões mais importantes da política nacional de saúde, estados e principalmente os municípios estão muito dependentes das suas transferências. Por esse motivo, a autonomia concedida pela descentralização poderia não ter efeito algum, ou seja, o processo de concentração suplantaria a descentralização.

Assim, Arretche (2003) afirma que a participação dos estados e municípios no processo de formulação das regras da descentralização, juntamente com a autonomia política concedida pela Constituição Federal (CF) aos estados e municípios, não permite a unilateralidade das ações da União.

Ainda que essas ações sejam coordenadas entre as esferas de governo, o fato é que o financiamento do sistema de saúde permanece muito dependente do Governo Federal pelo fato de que nem a CF e nem as LOS definiram parâmetros que garantissem mínimo de cobertura pelas esferas subnacionais.

A participação dos estados e municípios no financiamento da saúde vem crescendo desde a implantação do SUS. Isso se deve principalmente à descentralização do sistema, que delegou mais responsabilidades a estados e municípios no custeio e gestão da assistência à saúde (descentralização que se fortaleceu a partir da NOB SUS 01/93). Mesmo com o incremento da participação de estados e municípios na participação do financiamento da saúde, a dependência de recursos federais no sistema de saúde Brasileiro ainda é muito acentuada. A tabela 1 mostra a evolução dessas participações do período de 1989 a 2004.

Tabela 1 – Brasil, 1989-2004. Gastos com saúde da União, dos estados e municípios (em US\$ bilhões de dezembro de 2005)²

Anos	União		estados		municípios		total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1989	17,6	82,0	1,8	8,7	2,0	9,3	21,5	100
1992	9,4	72,0	1,9	15,0	1,7	13,0	13,0	100
1995	18,2	60,6	6,7	22,4	5,1	17,0	30,1	100
1998*	19,5	66,8	5,2	18,0	4,4	15,2	29,2	100
2001	10,0	56,1	3,7	20,7	4,1	23,2	17,9	100
2004**	12,3	49,9	6,3	25,6	6,0	24,5	24,7	100

Fonte: Médici 1999, p. 125 e CNSS, 2006, p. 4.

*Estimativa baseada em Orçamentos. ** Dados preliminares sujeito a alterações.

É importante identificar, como mostra a tabela, que no intervalo de 1989-1992, as participações dos estados e municípios mantiveram-se no mesmo padrão. Foi o período de vigência das NOB SUS 01/91 e 01/92 sob a presidência de Fernando Collor de Melo. Nesse intervalo, o processo de descentralização do SUS manteve-se quase que estagnado.

Porém, a participação do Governo Federal caiu drasticamente devido, em grande parte, à grave crise econômica que atingia o país e que impactou negativamente nas políticas sociais como um todo.

Entre o período de 1992-1995 as participações das esferas subnacionais cresceram, passando de 15 % de estados e 13% municípios, para 22,4% e 17,0%, respectivamente, a partir da introdução da NOB SUS 01/93. Nota-se que como as participações no financiamento de estados e municípios aumentaram, a União participou percentualmente menos do que no período anterior (em 1995, 60,6% contra 72,0 % em 1992).

No período posterior 1995-1998, houve uma pequena redução nos gastos com saúde dos estados e municípios. Para Médici (1999, p. 126), isso está associado “às restrições fiscais das esferas locais de governo e aos programas estaduais de saneamento das finanças públicas, que se realizaram em alguns estados”.

² O deflator utilizado na conversão foi o PIB norte americano.

Entretanto, no período de 2001-2004 estados e municípios aumentaram significativamente suas participações no gasto com saúde. Em 2001, a participação da União nos gastos com saúde atingira 56,1%, enquanto que estados e municípios participaram com 20,7% e 23,2% respectivamente. Em 2004, a União arcava com 49,9%, estados com 25,6% e municípios com 24,5%, uma redução de aproximadamente 11% em relação às despesas federais do período anterior.

O intervalo 2001-2004 coincide com a implementação da Emenda Constitucional 29/2000 (EC/29) que determinou a vinculação de receitas dos três níveis de governo. Essa Emenda tinha como objetivos garantir recursos estáveis para a saúde, ampliando a participação das esferas sub-nacionais no financiamento da saúde (desafogando o governo federal), e fortalecendo assim o processo de descentralização.

Ainda que a criação da EC/29 tenha fortalecido esse processo de descentralização, não é possível afirmar que ela tenha garantido o aumento de recursos para a saúde. Observa-se que no ano de 2001 o gasto com saúde da União foi um dos menores de todo intervalo analisado (1989-2004), US\$ 10 bilhões. Bem aquém de 1998, com US\$ 19,5 bilhões. Os estados e municípios, em relação ao montante dos gastos com saúde, também não apresentaram seus melhores resultados, US\$ 3,7 bilhões e US\$ 4,1 bilhões respectivamente.

No ano de 2004, os resultados foram melhores para os três níveis de governo; a União gastou US\$ 12 bilhões, os estados US\$ 6,3 bilhões e os municípios US\$ 6 bilhões. Ainda assim, os gastos federais estão em um patamar muito inferior ao apresentado no intervalo de 1989-1998.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. De acordo com o DATASUS, no ano de 2004 o número de consultas médicas foi de aproximadamente 444 milhões. A rede ambulatorial desse sistema era constituída de 63.662 unidades. Ainda em 2004 a rede hospitalar era composta de 5.864 hospitais públicos, filantrópicos e privados, onde são realizados em média um pouco menos de 1 milhão de internações por mês, perfazendo um total de 11,4 milhões de internações por ano.

O SUS nasceu do desejo de se construir uma sociedade onde os direitos dos cidadãos e principalmente do ser humano fossem respeitados. Desde a sua promulgação, um longo

caminho foi percorrido, onde aconteceram além dos erros, muitos acertos, ainda que se esteja longe de uma situação ideal. O SUS pode e deve ser aperfeiçoado pela sociedade brasileira consciente dos seus direitos e deveres. Um passo para se efetivar a justiça social nesse país.

4 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO PERÍODO DE 1994 A 2004

4.1 O SETOR DE SAÚDE PÚBLICA NO GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (FHC)

O período do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) ficou marcado pela implementação do modelo neoliberal na economia brasileira. Na verdade, esse período apenas concretizou uma ideologia, que desde a década de 1980 vinha aos poucos sendo inserida no país.

A crise econômica ocorrida na década de 1980 levou ao esgotamento do modelo de desenvolvimento baseado na forte presença do Estado. Nesse período, os vários planos econômicos implementados (Plano Cruzado I e II em 1986 e o Plano Bresser em 1987) - nos quais se congelavam preços e salários – começavam a se aproximar do paradigma neoliberal. Esse processo se evidencia claramente no governo Collor, nos planos Collor I e II, quando há a abertura de mercado brasileiro, porém se intensifica e concretiza no governo de FHC.

De acordo com Barros (2004) a implementação dos ideais neoliberais se deu via abertura do mercado, programas de privatização das empresas estatais, reformulação dos aspectos administrativos, previdenciário, fiscal e do equilíbrio fiscal e monetário. Nesse contexto, o Ministério da Fazenda assumiu a função de regular e manter o equilíbrio macroeconômico, ainda que o desenvolvimento econômico e social fosse deixado de lado.

Essa “negligência” não foi proposital, muito pelo contrário. FHC iniciou o governo com certa preocupação com o desenvolvimento social, tanto que, segundo Cajueiro (2004), apresentou um documento oficial contendo estratégias para tal. O documento amarrava o desenvolvimento social como consequência do desenvolvimento econômico. Eram definidos como necessários: a estabilidade macroeconômica e a retomada do crescimento; políticas de geração de emprego e renda; reestruturação e reforma dos serviços sociais básicos e de vocação universal (previdência, saúde, habitação, saneamento, educação, trabalho e assistência social) e por último a coordenação de políticas de combate à fome e à miséria.

Entretanto, o modelo econômico adotado provocou a incompatibilidade entre o programa de desenvolvimento social e o programa de equilíbrio econômico. Na saúde, isso se refletiu na

grave crise de financiamento do Ministério até 1996. Através do esforço pessoal do então ministro da Saúde, Adib Jatene, foi aprovada a Contribuição Compulsória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Contudo, no ano seguinte à aprovação, “os ministros da Economia e Planejamento conseguiram cortar os recursos do Ministério da Saúde no Orçamento Federal, de modo que a aprovação da CPMF permitiu apenas a reestruturação de fontes” (ARRETCHE, 2005, p. 300).

Os avanços no SUS ocorridos nesse período, como a ampliação do uso do mecanismo de transferência fundo a fundo para estados e municípios e o maior peso nos gastos com atenção básica (com a implementação da NOB/96), não representaram necessariamente a vontade do governo, mas fizeram parte da continuidade do processo de construção do SUS, iniciado pelo Movimento Sanitarista e institucionalizado pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde.

A tabela 6 mostra a evolução do gasto Federal por grupo de despesa no período de 1997-2002 (após implementação da NOB/96). As transferências com atenção básica aumentaram de R\$ 1.801,66 milhões em 1998 para 3.977,90 milhões em 2002.

Tabela 6: Recursos Federais do SUS – valor despendido por grupo de despesa e ano de competência (R\$ Milhões de 2002)

Grupo de despesa	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Remuneração por serviço produzido	7.144,70	6.353,88	6.205,55	5.608,53	5.217,72	4.822,71
Transferências média e alta complexidade	2.870,12	3.332,00	4.433,07	5.237,32	6.361,10	6.291,44
Transferências Atenção básica	0,00	1.801,66	2.887,66	3.538,86	3.930,27	3.977,90
Transferências Ações estratégicas	0,00	0,00	0,02	0,03	146,52	576,05

Fonte: Barros, 2004, p. 164.

As ações de média e alta complexidade merecem destaque, pois apresentaram um montante bastante representativo das transferências federais para o SUS, sendo o máximo atingido em 2001 com R\$ 6.361,10 (no ano de 2002 o valor foi levemente inferior, R\$ 6.291,44). De certa maneira, durante esse governo privilegiou-se também as ações de média e alta complexidade.

Por muitas vezes, parte dos recursos que seriam destinados ao financiamento da saúde era utilizada para outros fins, como o financiamento da Previdência e para manter o compromisso de ajuste fiscal. Ainda assim, no financiamento do SUS, o Ministério da Saúde, apesar das oscilações, conseguiu aumentar o seu gasto total durante o intervalo de 1993-2001.

Tabela 7: Ministério da Saúde Gasto Total e Per Capita, 1993/2001

Ano	R\$ Milhões ¹	Per Capita
	----- Constantes Dez./99	----- R\$ de Dez./99
1993	15.385,4	102,00
1994	15.589,7	102,02
1995	22.298,9	143,89
1996	19.350,8	123,19
1997	23.233,1	145,92
1998 ²	21.169,5	131,18
1999	21.791,1	132,92
2000	19.953,6	117,00
2001	20.760,8	119,00

Fonte: Baseado em: Reis, Ribeiro e Piola 2001, p.9 e Cajueiro, 2004, p.100

Nota: ¹Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da FGV, ² Não incluído o valor de R\$ 1.782 milhões correspondente à dívida do MS, amortizada diretamente pela Secretaria do tesouro nacional.

Em 1993, o gasto total com saúde (GTS) foi de R\$ 15.385,40 milhões e, em 2001, de R\$ 20.760,80 milhões. Porém, esse crescimento teve oscilações. Em 1995, o GTS foi de R\$ 22.298,90 milhões, já em 1996 caiu para 19.350,80 milhões. Esse fato pode ter decorrido da desvinculação de parte do COFINS e da CSLL para a Previdência. Em 1997, com a implementação da CPMF, o gasto voltou aumentar (R\$ 23.233,10 milhões).

O nível mais alto do GTS ocorreu em 1997. Mas como observam Reis, Ribeiro e Piola (2001), a execução financeira de 1998 (R\$ 21.169,5) ficaria muito perto da de 1997 se fosse incluído o valor de R\$ 1,7 bilhão, correspondente à dívida do Ministério da Saúde amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

O Gasto Total com Saúde inclui, além das despesas com ações e serviços de saúde, os Encargos Previdenciários da União (EPU) e os encargos da dívida do Ministério da Saúde (MS). Nesse contexto, observando o gasto líquido, o MS teve menos recursos para aplicar na assistência à saúde propriamente dita.

Tabela 8: Ministério da Saúde – Disponibilidade Líquida para as Ações e Serviços de Saúde, 1993/2001 (Em R\$ milhões de 1999)

Ano	Gasto Total	Gasto Líquido
1993	15.385,4	14.185,7
1994	15.598,7	14.068,9
1995	22.298,9	18.356,7
1996	19.350,8	16.726,5
1997	23.233,1	19.358,3
1998	21.169,5	18.418,7
1999	21.791,1	19.629,9
2000	19.953,6	17.889,7
2001*	20.760,8	18.803,3

Fonte: Reis, Ribeiro e Piola, 2001, p.11 e Cajueiro, 2004, p. 100.

*dados preliminares

Os anos de 1995 e 1997, por exemplo, apresentaram os maiores GTS, R\$ 22.298,90 milhões e R\$ 23.233,10 milhões respectivamente, contudo, a assistência à saúde recebeu, desse montante, apenas R\$ 18.356,70 milhões em 1996 e R\$ 19.358,30 milhões em 1997. Nos dois anos, mais de R\$ 3 bilhões foram desviados da assistência à saúde. O gasto líquido com saúde seguiu tendência ascendente, ainda que marcada por oscilações durante todo intervalo de 1993-2001.

De acordo com Médici (1999), foi no governo de FHC que a saúde recebeu os maiores níveis de financiamento desde 1980. Em parte, esse fato foi ocasionado pelo processo de descentralização do SUS, que proporcionou a estados e municípios mais responsabilidades sobre o financiamento e a execução dos gastos. A tabela 9 mostra essa evolução:

Tabela 9: 1989-1998, Percentagem dos Gastos com saúde da União, dos estados e municípios.

Anos	União %	estados %	municípios %
1989	82,0	8,7	9,3
1992	72,0	15,0	13,0
1995	60,6	22,4	17,0
1998	66,8	18,0	15,2

2001	56,1	20,7	23,2
2004	49,9	25,6	24,5

Fonte: Médici, 1999, p.125.

Ao longo do intervalo de 1989-2004 a participação da União vem diminuindo e dos estados e municípios aumentando. Basta observar que em 1989, a União era responsável por 82% dos gastos com saúde, em 2004 esse percentual caiu para 49,9%. Enquanto que os estados e municípios participaram com 20,7% e 24,5% respectivamente.

Ainda que, nesse período, o volume de recursos alocados para a saúde fosse o maior desde 1980, a participação do governo de FHC foi ambígua. Em determinados momentos a posição do presidente transparecia não compartilhar com o princípio doutrinário do SUS sobre a Universalidade. Conforme Barros (2004), FHC em dois momentos expressou essa intenção: a primeira foi em um discurso diante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) durante a 62ª reunião ordinária, qual indicou a diferenciação para o atendimento do SUS: a população com mais recursos não seriam coberta pelo sistema público. A segunda foi à inserção de um artigo, na proposta da reforma da previdência de 1995, que poderia limitar o direito à saúde e o dever do Estado em garanti-lo. Entretanto, esforços foram feitos para assegurar recursos para a saúde através da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000.

4.2 A EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000

É a partir da crise do financiamento da saúde em 1993, quando o então ministro Antonio Britto deixa de repassar recursos das contribuições sobre empregado e empregador para financiar a Previdência Social, que se fortalece a idéia, no âmbito do legislativo, de garantir recursos mínimos e mais estáveis para a saúde.

Em função desse fato, o deputado federal Eduardo Jorge (PT/SP) e Waldir Pires (PTB/Ba) elaboram uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) que ficou conhecida como PEC 169/93. Essa PEC definia para a saúde recursos vinculados. Nesse sentido, a União aplicaria, anualmente, na implementação do sistema Único de Saúde,

[...] nunca menos que trinta por cento (30%) das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento

(10%) da receita resultante dos impostos. Os estados, o distrito federal e os Municípios, aplicarão, anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de 10% das receitas resultantes dos impostos (BRASIL, 1993, 18834).

A PEC 169/93 buscou definir recursos para a saúde dentro da própria Seguridade Social, além de definir o mínimo de participação das esferas subnacionais no financiamento da saúde. Os percentuais sugeridos pela PEC para a União estavam relacionados à indicação constitucional de se destinar à saúde 30% das contribuições sociais. Para os estados e municípios esses percentuais eram baseados na “influência histórica de aplicação de recursos, a partir da segunda metade dos anos 80 – em torno de 10%” (MENDES; MARQUES, 1999, p. 226).

O relator da PEC 169/93, o deputado Darciso Perondi (PMDB/RS), modificou a proposta para 30% do OSS - englobando outras fontes de recursos como oriundos das loterias e do PIS/PASEP - e não menos de 10% das receitas resultantes dos impostos. Dessa forma o relator ampliou a base do financiamento proposto pelo deputado Eduardo Jorge.

Conforme Mendes e Marques (1999), outras propostas de financiamento para a saúde foram apresentadas. Pode-se destacar a do deputado José Pinotti (PSB/SP), que consistia em destinar ao financiamento da saúde recursos equivalentes a 5% do PIB do ano anterior. A proposta não definia as fontes de financiamento.

Uma nova PEC foi elaborada pelo deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG), a chamada PEC-82/95. Essa proposta vinculava fontes para o financiamento da saúde. Essas fontes seriam a COFINS e CSLL. Todavia, a PEC-82/95 não entra no mérito da vinculação da receita de impostos e transferências estaduais e municipais.

Seu relator, o deputado Ursicino Queiroz (PFL/Ba), modificou alguns elementos, como o percentual progressivo dos recursos da COFINS e da CSLL. Esse percentual iniciaria em 48% em 1999, até que no final de cinco anos (2004) fosse de no máximo 64%. Queiroz adicionou também a CPMF como recurso específico para a saúde e, por fim, confirmou a proposta inicial do deputado Eduardo Jorge ao vincular parte do Orçamento Fiscal de estados e municípios. Porém, a proposta fez algumas ressalvas: a União teria a obrigação dos 30% da Seguridade Social e para estados e municípios ficaria estipulada uma vinculação de

crescimento progressivo. Com essas modificações a PEC passou a ser chamada de PEC-82-A/95.

Ainda de acordo Mendes e Marques (1999), mais duas propostas no financiamento da saúde foram apresentadas: uma do então Ministro da Saúde, José Serra, e outra do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A proposta do Ministro apresentou apenas modificações percentuais em relação a PEC-82-A/95, ou seja, 30% das contribuições sociais para o setor, excluindo a receita oriunda do PIS/PASEP, manutenção da CPMF, mas como fonte financiadora da Seguridade Social. Os estados iniciariam com 8% em 1999, chegando a 12% em 2003. Os percentuais para os municípios, por sua vez, seriam de 11% em 1999 a 15% em quatro anos.

O CNS reuniu o conteúdo da PEC-82-A/95 com as propostas do Ministro José Serra, defendendo a determinação de 30% do OSS e a vinculação progressiva das receitas de impostos e transferências dos Estados e Municípios (7% em 1999 e 13% em 2003), e também das contribuições sociais como COFINS e CSLL, cujo percentual de destinação para o ano de 1999 seria de 60% e 2003 seria de 80%.

Seis anos após a elaboração da primeira PEC, foi aprovada em 28/10/1999 a PEC 82-C/95, que posteriormente foi chamada de Emenda Constitucional 29/2000 (EC/29).

A EC/29 foi o resultado das discussões e negociações ocorridas no legislativo nacional, para garantir um mínimo de recursos estáveis para o financiamento do SUS. A expectativa em torno da emenda não se resumia à garantia de recursos, mas também à possibilidade de fazer com que estados e municípios aumentassem suas participações no financiamento da saúde.

A Emenda Constitucional 29/2000 dispõe no art. 77 que “até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União: a) no ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescidos de, no mínimo, cinco por cento; b) do ano de 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos municípios, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art.156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159.

O parágrafo 1º define “Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento”.

Já no parágrafo 2º dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, “quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei” (BRASIL, 2006i).E o documento finaliza dispendo:

Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal (BRASIL, 2006i).

De acordo com Faveret et al. (2001, p.7), a EC/29 apresenta duas inovações: uma de caráter gradualista “à medida que prevê um prazo de cinco anos para que os percentuais de recursos a serem destinados para o financiamento do setor pelos governos subnacionais sejam atingidos”. A outra se refere à flexibilidade prevista por essa vinculação, pois ao final de cinco anos os percentuais dos recursos seriam reavaliados.

A Emenda causou certa desconfiança, principalmente para os estados que viam essa vinculação como um engessamento do orçamento fiscal, que complicaria a gestão financeira, principalmente na conjuntura da época (e ainda hoje) de crise fiscal. Também desvinculou da União o financiamento da saúde das contribuições sociais e o indexou ao Produto Interno Bruto (PIB). Nos estados e municípios, os recursos teriam origens no orçamento fiscal. Essas formas de arrecadação são extremamente dependentes do crescimento econômico e ao se vincular a arrecadação à variação do PIB, “a emenda rompeu com o conceito de Seguridade

Social, pois a União passou a se beneficiar das contribuições sociais, sem que isso significasse melhoria para a Seguridade Social” (CAJUEIRO, 2004, p. 95).

Mesmo com a criação da emenda, ainda ocorreram embates entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Fazenda (MF). A celeuma se deu com a definição do ano base para o efeito da aplicação do adicional de 5%, que para o MS seria o do ano 2000; o valor para os demais anos seriam o sempre do ano anterior mais variação nominal do PIB. Para o MF, o ano base seria 1999, acrescido somente das variações nominais do PIB.

Apesar do texto da EC/29 ser claro ao definir como ano base 1999, um documento denominado “Parâmetros Consensuais sobre Implementação e Regulamentação da EC 29” foi elaborado para regulamentar a emenda e evitar possíveis “confusões” na sua interpretação. Mais tarde, em 04 de abril de 2002, esse documento deu origem à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 316 para, em 08 de maio de 2003, juntamente com os subsídios colhidos nos seminários sobre a “Operacionalização da Emenda Constitucional 29”, realizados em setembro e dezembro de 2001, originarem a Resolução CNS nº 322 que vigora até os dias atuais.

Nessa Resolução estão contidas diretrizes que não estavam bem dispostas na Emenda, como a 5ª Diretriz, que define o que são gastos com ações e serviços públicos de saúde: ações e serviços que sejam de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos planos de saúde de cada ente federativo; sejam de responsabilidade específica do setor de saúde.

A 7ª Diretriz desse documento define o que não deve constar na base de cálculo dos recursos aplicados nas ações e serviços de saúde:

- a) Ações de saneamento financiadas com tarifas, taxas ou contribuições de melhoria cobradas de usuários;
- b) Serviços de limpeza urbana e rural e tratamento de resíduos sólidos financiados com tarifas, taxas ou contribuições de melhoria cobradas de usuários;
- c) Dívida Pública;
- d) Inativos e pensionistas;
- e) Ações financiadas com transferência voluntárias recebidas da união ou estado (SUS, saneamento e outros).

Outro item disposto na Resolução se remete aos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle da EC/29, que seria efetivo através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS), do Tribunal de Contas da União (TCU) e dos Tribunais de Contas e Conselhos e saúde estaduais e municipais.

Esse documento não exclui a formulação da Lei Complementar a EC/29. Para tal, um grupo de discussão técnica com representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Comissão da seguridade social da câmara federal, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e membros da Associação dos tribunais de contas (ATRICON), foi criado em 2001, para conduzir as negociações na elaboração dessa Lei.

A proposta de Lei Complementar (PLC 01/2003), de autoria do deputado Roberto Gouveia, foi aprovada em 11 de agosto de 2004 pela Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados. Essa proposta atualizou os percentuais mínimos de participação da União que, no lugar do crescimento nominal do PIB, introduz receitas correntes brutas (10% das receitas brutas). Para estados e municípios os percentuais continuaram os mesmos (12% e 15% respectivamente).

Porém, até novembro de 2006 a proposta de Lei não havia sido votada no Congresso, deixando uma lacuna para a real efetividade da EC/29. Como Ugá e Marques (2005, p. 221) observam, “a questão do financiamento do SUS está ainda em discussão e a EC 29 permanece em processo de negociação”.

As expectativas após a promulgação da Emenda eram que os estados aumentassem suas participações no financiamento da saúde, enquanto que nos municípios o efeito da emenda poderia provocar retração naqueles que aplicavam mais do que o percentual indicado pela emenda.

Passado o primeiro ano da vigência da emenda (2001), os resultados não foram tão satisfatórios. Em relação aos estados esperava-se que a vinculação da EC/29 aumentasse o repasse de recursos oriundos dessa esfera subnacional. Entretanto, segundo Ugá e Marques (2005, p.222) observou-se que:

[...] dos 27 estados, 17 não cumpriram os percentuais estipulados pela emenda. Nas regiões centro-oeste e sul, nenhum estado cumpriu a emenda. No sudeste apenas São Paulo (8,94%) e Espírito Santo (9,39%) o fizeram. Na região nordeste, Pernambuco (10,94%) e Paraíba (10,42%) cumpriram a emenda e no norte, apenas Amapá não cumpriu.

Além disso, para alcançar o percentual mínimo de gastos com a saúde, alguns estados que “teoricamente” cumpriram a emenda, incluíram gastos não computados como gastos em saúde: inativos e pensionistas, empresas de saneamento, merenda escolar etc. (UGÁ; MARQUES, 2005; MARQUES; MENDES, 2005). Durante esse período, nenhum dos documentos de regulamentação da emenda tinham sido aprovados.

A situação dos municípios foi um pouco melhor visto que, de acordo com Ugá e Marques (2005), todos os municípios cumpriram a emenda. Diferente dos estados, os gastos com saúde dos municípios já eram altos antes mesmo da EC/29. E assim como nos estados, alguns municípios incluíram inativos para alcançar as disposições da emenda.

O receio em torno da contração dos recursos por parte de algum município que aplicava percentual acima do disposto na EC/29 ocorreu nesse primeiro momento. Contudo, com a aprovação dos “Parâmetros Consensuais sobre Implementação e Regulamentação da EC 29”, em 2001, os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não podiam reduzi-lo.

Ainda que não fosse o desejado, até o ano de 2003, a participação dos estados no financiamento da saúde manteve-se ascendente. A tabela 10 apresenta a participação da despesa com ações e serviços públicos de saúde:

Tabela 10: Participação da Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde na receita Corrente da União e da Receita Vinculada⁽¹⁾ de Estados e Municípios, 2000- 2003.

	2000	2001	2002	2003
	Em % da Receita			
União	8,1	7,8	7,2	7,1
Estados	7,1	8,2	9,0	9,6
Municípios ⁽²⁾	13,9	15,0	16,6	17,4

Fonte: Relatório elaborado pelo SIOPS/DES/SCTIE/Ministério da Saúde.

(1) Segundo a EC/29 e Resolução CNS nº322; (2) Para os 4.447 municípios que infomaram ao SIOPS, em todo período 2000 a 2003, com despesa própria positiva.

É importante observar que as despesas com ações e serviços públicos de saúde dos estados passaram de 7,1% em 2000 para 9,6% das suas receitas em 2003. No conjunto, ainda não alcançaram o proposto pela EC/29. Mas, é conveniente lembrar que os estados partiram de um estágio de aplicação de recursos mais distante do estabelecido pela EC/29 que os municípios.

Até o ano de 2003, oito estados ainda não tinham cumprido a emenda; Maranhão, Piauí, Sergipe, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul (consta no SIOPS a não entrega de dados para o cálculo do demonstrativo) e Mato Grosso. E, no exercício de 2004, apenas sete estados cumpriram a emenda: Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Rio Grande do Norte, Roraima e Distrito Federal. Nos municípios, em 2000, a porcentagem dos recursos utilizados nas despesas com saúde era de 13,9% das receitas. Em 2003 já alcançava 17,4%, porcentagem maior do que a exigida pela Emenda.

Esse período de quatro anos de vigência da emenda traz um dado preocupante: a União deixou de vincular recursos da receita corrente para a saúde. Em 2000, eram 8,1% da receita, já em 2003 reduziu-se para 7,1%. Não é só pelo fato de estados e municípios terem aumentado suas participações no financiamento, mas de acordo com Marques e Mendes (2005) a União deixou de cumprir a aplicação mínima recomendada pela emenda, cuja diferença acumulada (somatório do que não foi gasto nos anos de 2001, 2002 e 2003) já estaria em R\$ 1,8 bilhão; no final do exercício de 2004, o MS teria que aplicar R\$ 34,198 bilhões para alcançar a meta estabelecida.

Além de tornar permanente um mínimo de recursos para o financiamento da saúde, a EC/29 também amplia o processo de descentralização da saúde pública, ao delegar maior responsabilidade no financiamento da saúde as esferas subnacionais, reduzindo assim a participação federal.

A contrapartida é que estados e municípios podem ter mais autonomia na aplicação desses recursos e por isso atender melhor e com mais eficiência seus cidadãos. Esse processo tende a ter melhores resultados quando a sociedade civil interage maciçamente com os representantes dos Conselhos Estaduais e Municipais de saúde, que podem defender com mais realismo os anseios da população.

A emenda continua sendo uma tentativa de resguardar o financiamento do sistema público de saúde, mas é necessário o comprometimento de todos os agentes sociais tanto na fiscalização quanto na punição dos faltosos, para que esse instrumento não se torne obsoleto.

5 CONCLUSÃO

A implementação do SUS, assim como seu perfeito funcionamento, é um desafio à sociedade brasileira e seus representantes. Antes do advento do SUS, quando a assistência à saúde estava vinculada à Previdência Social, apenas os trabalhadores formais eram atendidos pelo sistema de saúde público. A todo resto da população restavam algumas ações propiciadas pelas Santas Casas e por entidades filantrópicas.

O sistema previdenciário cresceu, se solidificou e com a fundação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, a sociedade brasileira aspirou a ampliação da cobertura da assistência médica. Essa demanda foi representada pelo Movimento Sanitarista, organizado nos anos de 1970. Esse movimento era composto por médicos, autoridades locais e especialistas do setor de saúde.

Durante o período que antecedeu a Nova Constituição, sobretudo na ditadura militar, várias ações foram organizadas no intuito de universalizar a assistência à saúde. Um primeiro passo foi dado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao incorporar parte da população aberta, como os trabalhadores rurais, trabalhadores domésticos e autônomos. Depois vieram o Plano de Pronta Ação (PPA), as Ações Integradas da Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Com o fim do regime ditatorial, a Nova Constituição Brasileira, em 1988, implementou a universalização da saúde. A saúde foi desvinculada da Previdência Social e, juntamente com a assistência social, formou a Seguridade Social. Para a saúde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação do SUS foi orientada, inicialmente, pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e nos dias atuais pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que deveriam seguir as Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8.080/90 e 8.142/90 e os princípios constitucionais.

As NOBs e NOAS têm um papel fundamental no processo de descentralização do SUS. Se fossem seguidos à risca os preceitos contidos nas LOS e nos princípios da constituição, esse processo teria sido mais rápido e efetivo, trazendo mais benefícios à população, pois estados e

municípios teriam mais autonomia na aplicação desses recursos.

Contudo, é necessário destacar a dificuldade em implementar os conceitos apontados nas NOBs e NOAS para o SUS no sistema federalista brasileiro. Esse sistema é baseado na concessão de autonomia política para estados e municípios. O SUS é organizado de forma hierarquizada e regionalizada. A dificuldade de implementar o Sistema Único de Saúde de forma homogênea e com todas os princípios atribuídos pela Constituição (universalidade, equidade e integralidade), decorre em compatibilizar os mecanismos de coordenação e integração entre as esferas de governo, levando em consideração a grande extensão territorial e diferenças regionais do país.

A principal lacuna deixada pela Constituição de 1988 em relação à saúde foi o seu financiamento ao não vincular recursos dentro do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para esse setor. O financiamento da saúde permaneceu instável mesmo com a criação de novas fontes de recursos como a Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que se tornou permanente. Isso aconteceu por que a maior parte das fontes de recursos que financiam a saúde (como a CSLL e COFINS) são vulneráveis aos choques macroeconômicos, pois incidem sobre lucro e faturamento das empresas.

Nesse contexto, no ano de 2000, foi criada a Emenda Constitucional 29/2000 (EC/29), que vinculava uma porcentagem do orçamento de estados e municípios para a Saúde (12% e 15% respectivamente). E no caso da União, atrelava os recursos ao PIB. Como foi descrito no presente trabalho, a EC/29, mesmo depois do período inicial de cinco anos, ainda não conseguiu ser integralmente implementada, e os estados e a União foram os principais responsáveis.

Para a União, a manutenção de uma política econômica ortodoxa, calcada em um rígido ajuste fiscal, pode ter impedido que os percentuais mínimos exigidos pela emenda fossem obedecidos. Já nos estados, ao contrário dos municípios, esses percentuais ainda não foram alcançados, pois partiram de um estágio de aplicação de recursos mais distante que o estabelecido pela EC/29.

Ainda que a emenda não esteja sendo cumprida rigorosamente, houve uma evolução na

participação dos estados e municípios quanto ao financiamento da saúde. A expectativa é que esse quadro melhore com a adesão de todos os estados as exigências da emenda, mas para isso é necessário que haja fiscalização e punição mais atuante.

É preciso uma definição política que torne a saúde um setor prioritário no Brasil. Vale lembrar que até o final do ano de 2006 a Lei Complementar à emenda (PLC nº 01/2003) não havia sido votada no congresso e por isso a emenda ainda não foi regulamentada, podendo tornar obsoleta a Emenda Constitucional como instrumento de financiamento.

REFERÊNCIAS

ARCIERI, Rogério Moreira. SUS: evolução do sistema de saúde. In: GOMES, Denise Cristina Ribeiro (Org). **O desafio da integração**. Uberlândia: EDUFU, 1997. p. 67-96.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 331-345, 2003.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia et al. **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília: IPEA, 1996. 99 p.

BARROS, Elizabeth. As idas e vindas do financiamento da política de saúde. In: ROCHA, Denise; BERNADO, Maristela (Orgs). **A era FHC e Lula: transição?**. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), 2004. p. 151- 190.

BERTONE, Arnaldo A; CORDONI, Luiz. Reflexão sobre os novos mecanismos de pagamento do INAMPS. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 31, p. 9-10, mar. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Construindo o SUS**. Brasília, 1991. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Norma Operacional Básica nº 01/91. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Assistência Médica da Previdência Social. **Coletânea de legislação básica sobre nova política de financiamento do SUS**. Brasília, 1991.

BRASIL. Proposta de emenda constitucional(PEC) n. 169, de 10 de setembro de 1993. Altera o inciso IV do artigo 198 da Constituição Federal e prevê recursos orçamentários ao nível da União, Estados e Municípios para manutenção do Sistema Único de Saúde com financiamento das redes pública, filantrópicas e conveniadas. **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, n. 149, p. 18833, 10 set. 1993. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília, 2000.

BRASIL. Artigos 194 a 195, de 5 de outubro de 1988. Da seguridade social. **Constituição (1988)**. São Paulo: RIDEEL, 2006a. p 82-83.

BRASIL. Artigos 196 a 200, de 5 de outubro de 1988. Da saúde. **Constituição (1988)**. São Paulo: RIDEEL, 2006b. p 83-84.

BRASIL. Artigos 201 a 202, de 5 de outubro de 1988. Da previdência social. **Constituição (1988)**. São Paulo: RIDEEL, 2006c. p 84-85.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde nº 8.080**. Brasília, 1990. 19p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde nº 8.142**. Brasília, 1990. 3p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica – NOB-SUS 1996**. Brasília, 1996. 34p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/>>. Acesso em: 12 abr. 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde – NOAS- SUS 01/01**. Brasília, 2001. 121p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/noas_2001.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS, instrumento de gestão em saúde**. Brasília, 2002. 48p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2006h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Emenda 29: mais dinheiro e estabilidade para a saúde**. Brasília, 2002. 28p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/emenda_29.pdf>. Acesso em: 16 maio 2006i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 322 de 08 de maio de 2003**. Brasília, 2003. 5p. Disponível em : <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Reso322.doc>>. Acesso em: 29 out. 2006j.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica nº 50/2003**. Brasília, 2003. 3p. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT%20010%20EC%2029%20Estados%202000%202002.PDF>>. Acesso em: 07 nov. 2006l.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica nº 50/2003 – Anexo I e II**. Brasília, 2004. 2p. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Anexos%20I%20e%20II%20-%20NT%2050%20-%20EC%2029%20Municipios.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2006m.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica nº 50/2003 – Anexo III**. Brasília, 2004. 2p. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Anexo%20III%20-%20NT%2050%20-%20EC%2029%20Municipios.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2006n.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica nº 010/2004**. Brasília, 2004. 3p. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT%20010%20EC%2029%20Estados%202000%202002.PDF>>. Acesso em: 07 nov. 2006o.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica nº 010/2004 – Anexo I a IV**. Brasília, 2004. 5p. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT%20010%20Anexos%20Estados.PDF>>. Acesso em: 07 nov. 2006p.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 01/2003, de 11 de agosto de 2004. Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal**. Brasília, 2004. 5p. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Ces/Legisl/financiamento.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2006q.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde – SIOPS. **A implantação da EC 29**: apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003. Brasília, 2005. 14p. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Implantacao_EC_29_dados_SIOPS.PDF>. Acesso em: 01 out. 2006r.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica nº 009/2005**. Brasília, 2005, 7p. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT%20009%202005%20EC%2029%20Estados.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2006s.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica nº 49/2006**. Brasília, 2006. 10p. Disponível em:

<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT_49_2006.PDF>. Acesso em: 07 nov. 2006t.

CAJUEIRO, Juliana Pinto de Moura. **Saúde pública no Brasil nos anos noventa**: um estudo da política e de seus limites e condicionantes macroeconômicos. 2004. 173 f. Dissertação (Mestrado em economia social e do trabalho) – Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 37, p. 16-19, dez. 1992.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. O caos no financiamento da saúde...no fundo do poço. **Saúde em debate**, São Paulo, n. 33, p. 8-22, dez. 1991.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. O momento atual do SUS...a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.2, n. 1, p. 9-24, 1993.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONAS. **Informativo eletrônico do CONAS nº 63**: Cresce a participação dos estados no financiamento da saúde. Brasília, 2006. 4p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/Cresce_gastos_estados.pdf>. Acesso em: 12 out. 2006

CORDEIRO, Hésio. As origens do SUS. In: CORDEIRO, Hésio. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. Cap. 2. p. 25-49.

CORDEIRO, Hésio. O SUDS. In: CORDEIRO, Hésio. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. Cap. 5. p. 91-101.

CORDEIRO, Hésio. Controvérsia no financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 31, p. 19-24, mar. 1991.

DEL NERO, Carlos R. O que é economia da saúde in: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães (Orgs). **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello et al. **Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde**: emenda constitucional nº 29/2000. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2001.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e no início dos anos 2000. 2002. 200 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação de recursos para à saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 371-378, 2003.

FINANCIAMENTO do setor saúde e a crise. 9p, 1984.

GERSCHMAN, Silvia. A descentralização da política de saúde no final dos anos 90. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5, 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: AbrES, 1999. p. 131-146.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e desigualdade regionais em tempos de hegemonia Liberal. In: LIMA, Nísia et all (Org). **Saúde e democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 307-341.

GIRALDES, Maria do Rosário. Distribuição de recursos no sistema público de saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães (Orgs). **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da saúde e a lei da seguridade social. **Saúde e Debate**, São Paulo, n. 37, p. 20-30, dez. 1992.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, n. 12, p. 65-91, 2001.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. A política de incentivos do Ministério da Saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 163-171, 2002.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Saúde**, Campinas, v.14, n. 1, p. 159-175, 2005.

MÉDICI, André Cézár; SILVA, Pedro Luiz Barros. Consideração sobre o gasto em saúde no Brasil: dilemas até o final do século. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p.88-105, jan/mar. 1988.

MÉDICI, André Cézár. Financiamento das políticas de saúde no Brasil. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Economia de la salud: perspectivas para a América Latina**. Washington: OPAS, 1989. p. 28-54.

MÉDICI, André Cézár. Novas regras para o financiamento do setor saúde em 1991. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 31, p. 25-31, mar. 1991.

MÉDICI, André Cézár. Descentralização e financiamento da saúde. In: MÉDICI, André Cézár. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994a. p.57-69.

MÉDICI, André Cézár. Financiamento e gasto em saúde no Brasil. In: MÉDICI, André Cézár. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994b. p. 71-78.

MÉDICI, André Cézár. A constituição de 1988 e o SUS. In: MÉDICI, André Cézár. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994c. p. 114-146.

MÉDICI, André Cézár. O financiamento da saúde nos anos noventa: como resgatar a cidadania entre a crise e o ajuste estrutural. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ECONOMIA E FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE, 1994, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial /UFRJ, 1994d.p.1-12.

MÉDICI, André Cézár. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães (Orgs). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

MÉDICI, André Cézár. Uma década de SUS (1988-1998). In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (Orgs). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec Population Council, 1999. p. 104 -150.

MEDICI, André César. **Financing health policies in Brazil: achievements, challenges and proposals.** 2002. 20p. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/economiadasaude/adm/arquivos/sala/financiasaudeIPEA.doc>>. Acesso em: 20 abr. 2004.

MENDES, Áquila; MARQUES, Rosa Maria. A doença crônica da saúde pública brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5, 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: AbrES, 1999. p. 213-238.

OLIVEIRA, Francisco de. A derrota da vitória: a contradição do absolutismo de FHC. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 22, p. 13-21, mar. 1998.

PIOLA, Sérgio Francisco. **Evolução das políticas de financiamento do setor saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 1989. 25 p.

PIOLA, Sérgio Francisco; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; REIS, Carlos Octávio Ocké. O que mudou com a CPMF. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5, 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: AbrES, 1999. p. 199-212.

PORTO, Sílvia Marta. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães (Orgs). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília: IPEA, 1995.

REIS, Carlos Octávio Ocké; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; PIOLA, Sérgio Francisco. **Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde.** Brasília: IPEA, 27p.

SANTOS, Andréia Costa. **Caracterização do mercado de saúde: o caso da Bahia.** 2001. 173 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SANTOS, Lanir. Ilegalidades das normas baixadas pelo INAMPS de financiamento do SUS para 1991. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 31, p. 14-18, mar. 1991.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Os repasses federais e a descentralização da gestão, controle e avaliação. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 31, p. 11-14, mar. 1991.

SILVA, Pedro Luis Barros; MÉDICI, André César. Consideração sobre o gasto em saúde no Brasil: dilema até o final do século. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 88-105, jan/mar. 1988.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, 2002. 47p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2005.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p.366-378, 1992.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 33, p.27-32, dez. 1991.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia et al. **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-479.

UGÁ, Maria Alícia et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 418-437, 2003.

UGÁ, Maria Alicia; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia et al. (Org). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

VIANNA, Sólon Magalhães et al. Recessão e gasto social: a conta social consolidada (1980-1986). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.3 , p.337-344, jul/set. 1989.

VIANNA, Sólon Magalhães et al. **O financiamento da descentralização dos serviços de saúde**. Brasília: OPS, 1990. 70p.

VIANNA, Sólon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; REIS, Carlos Octávio Ocké. **Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento**. Brasília: IPEA, 1998, 43 p.

VIANNA, Sólon Magalhães. **Financiamento e gestão na área de saúde**. Brasília: IPEA, 2000. 36 p.

VIANNA, Sólton Magalhães. **Revisitando a distribuição de encargos na saúde entre esferas do governo.** Brasília, 2000. 33p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/economiadasaude/adm/arquivos/sala/financiausaudeIPEA.doc>>. Acesso em: 12 Mar. 2003.